

**KRYTERIA WYBORU ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK  
NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO  
STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA, PROFIL PRAKTYCZNY  
PRAKTYKA INDYWIDUALNA**

.....  
Pieczętka Wydziału

**Nazwisko i imię zakładowego opiekuna praktyk:** .....

**Tel. komórkowy:**.....

**e-mail:** .....

**Nazwa placówki:**.....

**Imię i nazwisko studenta/ki/numer albumu/rok:** .....

.....

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Ukończone studia wyższe*	mgr pielęgniarstwa mgr położnictwa	3	
	licencjat pielęgniarstwa licencjat położnictwa	2	
	inne wyższe	1	
	nie posiada studiów wyższych	0	
Aktualne prawo wykonywania zawodu	tak	1	
	nie	0	
Przygotowanie pedagogiczne	posiada	2	
	nie posiada	0	
Specjalizacje/kursy/inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych	specjalizacja (jaka):	2	
	kursy (jakie):	1	

	inne szkolenia (jakie):	1	
Prowadził/a już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu	tak	1	
	nie	0	
Funkcja w placówce			
Kierunek, na jakim będzie sprawowana opieka nad praktykami	Pielęgniarstwo		
Oddział, na jakim będzie sprawowana opieka nad praktykami			
LICZBA PUNKTÓW OGÓŁEM			

\*niepotrzebne skreślić

.....  
Podpis kandydata na zakładowego opiekuna praktyk

**DECYZJA OSTATECZNA DOTYCZĄCA  
WYBORU ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK  
NA KIERUNKU PIELEGNIASTWO  
STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA, PROFIL PRAKTYCZNY  
PRAKTYKA INDYWIDUALNA**

.....  
**NAZWISKO I IMIĘ**

.....  
**NAZWA PLACÓWKI**

Opiniowana osoba otrzymała ..... punktów w związku z powyższym spełnia/warunkowo spełnia/nie spełnia\* kryteria/ów wymagane w Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Białskiej im. Jana Pawła II do prowadzenia praktyk.

.....  
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

Podsumowanie:

1. Spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 11-7 pkt.
2. Warunkowo spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 6-4 pkt.
3. Nie spełnia kryteriów do prowadzenia praktyk – 3 pkt i poniżej.

\*niepotrzebne skreślić